



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS

CURSO: PSICOLOGIA

**PÂNICO E SUBJETIVIDADE:
Uma Leitura Psicodinâmica**

Cristiane Maria da Silveira Alves

**BRASÍLIA
NOVEMBRO/2005**

CRISTIANE MARIA DA SILVEIRA ALVES

**PÂNICO E SUBJETIVIDADE:
Uma Leitura Psicodinâmica**

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia do Centro de Ensino Universitário de Brasília – UNICEUB, como requisito parcial à sua aprovação e obtenção do título de Bacharela.

Orientadora: Prof^a Morgana de Almeida Queiroz.

Brasília/DF, Novembro de 2005

“ Só descendo ao fundo do poço
é que a gente recupera
os tesouros da vida.

É onde se tropeça
que se acha o seu tesouro.

A mesma caverna
em que a gente
tem medo de entrar
acaba sendo a fonte
do que estava procurando ”.

Joseph Campbell

DEDICO

À minha fada **Idê**,

Semente responsável por esta formação,

Com quem aprendi um dos mais nobres

Sentimentos humanos: a Esperança.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar,

A **Deus**,

Pelo tudo, e – algumas vezes – pelo Nada.

À Minha mãe **Sonia** e aos meus Irmãos,

Paulo Marcos e Isabela:

Amo vocês mais do que as palavras podem dizer.

Juntos, podemos muito !!!

Ao meu querido Esposo **Evanildo**,

Parte fundamental do meu todo.

Às minhas filhas,

Carolina e Paula,

Maiores realizações da minha vida.

E, por último, e não menos por isso,

à minha professora e orientadora, **Morgana Queiroz**,

que soube me conduzir na produção deste trabalho, sendo mais que orientadora:

Exemplo de dedicação profissional,

que me permitiu expor o humano existente por detrás da patologia.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À **Magda**, meu Eu Ideal,
por me guiar na compreensão – e construção – de minha própria identidade,
Possibilitando vida a novas versões.
Meu agradecimento eterno a você, Magda,
Por sua crença incansável em mim,
especialmente quando nem mesmo eu acreditava em mim.

Ao **Dr. Luis Otávio Mameri**,
pelo apoio e atuação sobre o conteúdo deste trabalho,
o que muito contribuiu para a minha melhor
elaboração do tema.

SUMÁRIO

RESUMO

INTRODUÇÃO 01

CAPÍTULO 1 – CONCEITUANDO TRANSTORNO DE ANSIEDADE

E SÍNDROME DO PÂNICO 02

1.1 Origem dos Conceitos 02

**1.2 A Descrição do Transtorno de Pânico sob o prisma das
Raízes Freudianas 03**

CAPÍTULO 2 – TEORIAS QUE FUNDAMENTAM OS ASPEC-

TOS PSICOLÓGICOS DA SÍNDROME DO PÂNICO 12

CAPÍTULO 3 – A EXPERIÊNCIA SUBJETIVA DO PÂNICO 21

CONCLUSÃO 26

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 29

RESUMO

Este trabalho constitui-se de uma pesquisa bibliográfica sobre questões fundamentais relativas ao Transtorno de Pânico e sua vivência subjetiva. Considerando o aumento crescente que vem ocorrendo em atendimentos emergenciais e ambulatoriais, tendo como base o quesito ansiedade, é que se entende a real necessidade e atenção sobre o tema. O estudo aborda uma conceituação do que seja Transtorno do Pânico em sua origem semântica no decorrer da mitologia, bem como em toda a sua gênese psiquiátrica, num enfoque freudiano; explora diferentes teorias que fundamentam a semiologia desta síndrome; a partir deste contexto, apresenta a experiência subjetiva do pânico, fundamentada pela fenomenologia. Como resultado, apesar das limitações, a pesquisa objetiva conhecer a semiologia do transtorno de pânico, bem como compreender a experiência singular vivenciada pelo sujeito, que ultrapassa a sintomatologia característica desta síndrome.

INTRODUÇÃO

O Objetivo Geral deste trabalho é estabelecer uma revisão de literatura através da qual se possa refletir sobre a dimensão subjetiva na vivência do Transtorno do Pânico, assim como promover uma reflexão sobre a gênese desta síndrome, numa perspectiva psicanalítica, a partir da relação entre o conceito de desamparo infantil e os ataques de pânico.

Este estudo justifica-se diante do propósito de buscar conhecer e analisar os aspectos intrínsecos no transtorno do pânico e suas implicações, no contexto individual, bem como entender a organização do sujeito frente ao pânico, em suas diversas dimensões subjetivas, numa perspectiva de desafio ao entendimento destas próprias questões, indo além de toda sua sintomatologia peculiar.

No estudo deverão ainda ser considerados como Objetivos Específicos, o de conhecer e estudar as emoções do sujeito que vivencia o Transtorno do Pânico; conceituar a origem histórica deste termo; relacionar o atual transtorno de pânico com a teoria psicanalítica freudiana da categoria da neurose de angústia, entre outras teorias validadas universalmente.

O trabalho ora proposto compõe-se dos seguintes capítulos: No Capítulo 1 pretende-se conceituar o Transtorno do Pânico em sua origem semântica no decorrer da mitologia, bem como em toda a sua gênese psiquiátrica, sob um prisma das raízes freudianas; no Capítulo 2, explorar-se-á diferentes teorias – umas complementares, outras divergentes – que fundamentam a semiologia desta síndrome; no Capítulo 3, discutir-se-á a experiência subjetiva do pânico, fundamentada pela fenomenologia, compreendido aqui como parte indispensável para um entendimento mais abrangente do assunto; por fim, apresentar-se-á as conclusões pertinentes ao estudo.

CAPÍTULO 1 – CONCEITUANDO TRANSTORNO DE ANSIEDADE E SÍNDROME DO PÂNICO

1.1 Origem dos Conceitos

As raízes da experiência de pânico estão profundamente arraigadas em nossos mitos culturais.

Alguns estudiosos ligam-no a *païen*, que em grego significa "pastar". Com o passar do tempo o termo grego *pan*, por extensão semântica, passou a significar "o todo", que também compreende o deus oculto da floresta, do abismo e da profundidade (Barlow e Cerny, 1999).

Segundo Barlow e Cerny (idem), Pan, o deus grego da natureza, habitava os campos, reinando sobre os rios, árvores, correntes de água e os vários animais do pastoreio. O mito narra que Pan não se enquadrava na imagem popular de um deus. Ele era muito baixo com pernas lembrando as de um cabrito, além de ser muito feio. Pan também costumava cochilar em uma pequena gruta ou moita perto da estrada. Se um viajante desafortunado da Grécia Antiga perturbasse seu cochilo, Pan deixava escapar um grito tão horripilante que, segundo dizem, faziam os cabelos ficarem de pé.

O grito de Pan era tão intenso que muitos viajantes morreram de terror. Este súbito terror ou medo esmagador veio a ser conhecido como *pânico*. Assim, ocasionalmente, Pan usava seu talento singular para derrotar seus inimigos, estando, os próprios deuses, passíveis de seu terror e capricho.

Por outro lado, Pan é, também, o deus que rege a sexualidade, a masturbação e o desconhecido. Por isso o diabo é identificado pelos cristãos com a imagem de Pan, símbolo da sexualidade e dos instintos a condenar e combater com determinação. Segundo o escritor grego Plutarco (apud Maldonato, 2005), Pan morre com a chegada do cristianismo, embora nem todos estejam dispostos a acreditar nisso. De fato, muitos crêem que Pan esteja apenas adormecido, e que pode despertar toda vez que a natureza e o instinto entrarem em cena, solicitando assim mais uma de suas atuações sinistras.

1.2 A Descrição do Transtorno de Pânico sob o prisma das Raízes Freudianas

A descrição do transtorno de pânico constitui um novo recorte do quadro clínico descrito por Sigmund Freud há cerca de cem anos, sob o nome de neurose de angústia, integrado, a partir de então, às categorias psiquiátricas. As múltiplas zonas de entrecruzamento destes dois campos impedem qualquer simplificação excessiva quando da abordagem deste assunto.

Esta reflexão sobre a construção da categoria nosológica da “neurose da angústia freudiana” terá a dupla função de situá-la em relação à configuração dos atuais “ataques de pânico”, quanto à de levantar os elementos fundamentais que permitem situar, desde aquela época, os precursores da elaboração metapsicológica do desamparo, que aparece então como condição *sine qua non* para a determinação especificamente psicanalítica da psicopatologia dos ataques de angústia.

Freud vivenciou profundamente estes terríveis ataques de angústia. Fizeram parte de sua própria problemática existencial durante um período bastante longo e penoso. De acordo com Didier Anzieu (1989), um papel decisivo para que Freud iniciasse sua auto-análise como também sua elaboração teórica, foram seus próprios acessos de angústia de morte, testemunhados por um número considerado de pessoas. Tais crises ocorreram no ano de 1894 e, recidivamente, alguns anos depois.

Sabe-se que Fliess¹ não apenas recebeu de Freud uma correspondência na qual este relata ter sofrido acessos de medo da morte, mas também foi testemunha ocular das crises de angústia de Freud. Portanto, não é por acaso que o autor tenha ocupado junto a este o lugar de interlocutor privilegiado justamente na época em que Freud começa a elaborar suas primeiras teorias sobre a angústia. Depreende-se que, naquele momento, para Freud, o desejo de conferir um sentido a suas próprias

¹ Referência eletrônica (CR-ROM), Carta de 16 de abril de 1896

experiências de acesso de angústia era indissociável de sua teorização sobre a angústia, o que torna seus resultados ainda mais interessantes.

Ao que tudo indica, a origem do termo *neurose de angústia* remonta aos trabalhos de Hecker (*apud* PEREIRA, 2003) que, já em 1893, havia demonstrado a presença de estados de angústia larvários e abortivos na manifestação clínica da neurastenia.

Diferentemente do procedimento freudiano, contudo, Hecker (*apud* Pereira, *idem*) não procurou descrever um novo quadro clínico organizado em torno desses sintomas. Para ele, os sintomas ansiosos seriam apenas uma parte do quadro mais amplo da neurastenia. Freud menciona explicitamente a contribuição de Hecker quando tenta caracterizar, na apresentação de sua neurose de angústia, o papel desempenhado pelos acessos rudimentares de angústia e pelos equivalentes do acesso de angústia. Nesse sentido esse autor entende que se trata de insistir, então, na grande diversidade das formas clínicas sob as quais tais acessos podem se manifestar. Em várias oportunidades, Freud afirma que certos sintomas agudos, tais como vertigens, distúrbios da atividade cardíaca, sudorese, tremores, abalos, diarreia e até mesmo *pavor nocturnus*, nada mais são do que formas especiais de acessos de angústia, que passam então a chamar de "equivalentes de angústia", isto é, acessos em que a angústia está ausente ou não constitui um elemento central – ainda que seu efeito psicopatológico seja idêntico ao dos acessos de angústia propriamente ditos.

Freud, em uma de suas conferências², em 1895, descreve sobre a presença característica do afeto de angústia nos neurastênicos.

Por conseguinte, cabe a Freud o mérito de ter realizado, pela primeira vez, a descrição clínica específica do quadro da neurose de angústia. Sua contribuição foi essencialmente de ordem nosológica e nosográfica, ao propor um novo quadro clínico que seria posteriormente assimilado pelas nomenclaturas psiquiátricas. O diagnóstico de neurose de angústia, tal como descrita por Freud nas suas linhas gerais em 1895, ainda constava entre os transtornos neuróticos em sistemas de classificação psiquiátrica tão recentes quanto o CID-9.

O procedimento nosográfico freudiano na criação da categoria neurose de angústia pode ser comparado àquilo que fez o DSM-III com o transtorno de pânico.

² Conferência intitulada "*Mecanisme des représentations de contrainte et des phobies*", proferida na Associação para a Psiquiatria e a Neurologia de Viena

Em ambos os casos tratou-se de separar dentro de uma categoria – em voga e consagrada em sua época – um subgrupo sintomatológico específico em função da coerência psicopatológica interna que apresenta o subgrupo que passava a constituir um novo diagnóstico autônomo. Assim, do ponto de vista nosográfico (e mesmo nosológico), o DSM-III reelaborou a categoria de neurose de angústia do mesmo modo como Freud, um século antes, o fizera com a neurastenia.

A descrição de Freud (1895) permanece atual, quase inalterada se comparada aos critérios modernos: 1) irritabilidade geral; 2) espera ansiosa; 3) surgimento abrupto de angústia, em forma de crise não associada a qualquer idéia, ou associada a idéia de morte ou loucura eminente; 4) vários ou alguns de uma lista de sintomas que inclui entre outros: palpitações, desconforto pré-cordial, sudorese, tremores, vertigens, diarreias, parestesias, etc.; 5) pavor noturno, acompanhado de angústia, dispnéia e sudorese (crises noturnas de angústia); 6) vertigem ou tontura; 7) fobias (incluindo agorafobia); 8) náuseas e mal estar; 9) parestesias; 10) os sintomas podem se manifestar de forma crônica, com menor intensidade de angústia que nas formas agudas. Normalmente atingem sua intensidade máxima em segundos ou minutos, regredindo normalmente em até 10 minutos. Geralmente os pacientes descrevem um estado pós crise de intensa fraqueza, principalmente nos membros inferiores e sonolência, sendo que muitos podem dormir até horas após a crise (Del Nero, 2005).

Freud (apud Pereira, 2003) defendia a hipótese na qual a neurastenia seria sinônimo da neurose sexual. Contudo, a hipótese de Freud ia ainda mais longe, propondo que a descrição clínica da neurastenia era vasta demais, incorporando um grupo particular de sintomas suscetíveis de serem agrupados em torno de um fator etiológico sexual específico e independente. Tal subgrupo seria reorganizado em um novo quadro nosológico chamado de *neurose de angústia*, considerando a excitação erótica física não consumada como seu agente causal específico. De acordo com este autor, Freud defendia que os acessos de angústia freqüentemente observados em tais casos, corresponderiam à manifestação sintomática da descarga de uma excitação sexual física acumulada por sua incapacidade de encontrar uma satisfação direta num orgasmo decorrente de uma relação sexual "normal".

Sendo assim, o acesso de angústia constituiria o efeito de evacuação da libido física acumulada e finalmente transformada em angústia. A angústia é então

concebida como essencialmente não-simbólica e até mesmo não-psíquica: ela é pura descarga de tensão sexual não-consumada.

Em sua Autobiografia (1925)³, Freud lança um olhar retrospectivo sobre as considerações iniciais de sua teoria sobre as neuroses atuais e conclui que, no seu essencial, elas permaneceriam válidas, embora seja necessário considerar que a estrutura envolvida na manifestação da angústia é muito mais complicada do que supusera de início:

“Se hoje em dia, eu der uma olhada em meus resultados de então [sobre as neuroses atuais, reconhecerei neles as primeiras esquematizações relativas a um estado de coisas, na verdade muito mais complicado. Mas ainda hoje, parecem-me válidos no conjunto. Gostaria de, em um momento posterior, ter submetido ainda uma vez, ao exame psicanalítico, casos de neurastenia juvenil pura; isto não foi possível. Para evitar concepções que pudessem causar mal-entendidos, gostaria de ressaltar que estou longe de negar a existência do conflito psíquico e dos complexos neuróticos na neurastenia. Limito-me a afirmar que os sintomas destes doentes não são psiquicamente determinados nem analiticamente susceptíveis de serem resolvidos, mas é preciso concebê-los como consequências tóxicas diretas da química sexual perturbada” (FREUD, 1925).

Freud, em carta a Fliess⁴, explica que não se trata em hipótese alguma de supor que o aparecimento da angústia se deva apenas a uma causalidade física, isto é, aos excessos sexuais. Ele supõe a existência de um outro elemento fundamental envolvido que chama de *libido psíquica*, ou seja, as representações psíquicas da vida sexual. A excitação sexual física não tem apenas o destino de ser eliminada pelas vias físicas. Ela deve, em condições habituais, ser elaborada no nível psíquico por sua ligação com as representações sexuais, isto é, com a libido psíquica.

A angústia não constitui, por conseguinte, uma manifestação inteiramente dependente da excitação sexual física, mas é antes dependente das relações entre essa excitação e as possibilidades que encontra para ser simbolizada e elaborada no plano psíquico.

Nesta perspectiva, a angústia é um afeto que tem sua origem nas excitações sexuais afetando diretamente o corpo, mas não encontra correspondentes no nível psíquico, o que passa então a ser vivido como invasão, ameaça e ataque. Apesar das profundas modificações que sua teoria da angústia iria sofrer, tal maneira de explicar os fatos permanecerá essencialmente intocada. Ratificando estas

³ Referência eletrônica (CR-ROM), Obras Completas de Sigmund Freud

⁴ Referência eletrônica (CR-ROM), Freud, em Carta a Fliess, em 27 de novembro de 1893

modificações, declara Savoia (2000): “o ponto de vista de Freud sobre a angústia foi modificado continuamente por um período aproximado de cinquenta anos” (p. 4).

Com a introdução da dimensão psíquica – ou, antes, da falência das possibilidades de simbolização das moções sexuais – o problema dos ataques de angústia assume novas dimensões. Há uma aproximação muito maior do registro do traumático que Freud definira em 1917, em uma de suas Conferências⁵, como “[...]um acontecimento que em pouco tempo traz para a vida psíquica um tal aumento de excitação que sua supressão ou sua assimilação pelas vias normais torna-se uma tarefa impossível, o que acarreta transtornos duráveis na utilização da energia” (Freud, 1917)⁶. Isto ressalta um dos fatores de complexidade da abordagem psicanalítica dos ataques de angústia: estes se caracterizam antes de mais nada por sua dimensão econômica pela sua inexplicável intensidade. Vale lembrar que para este psicanalista o termo “traumático” tem apenas um sentido econômico.

Por causa de tal característica, muitas interpretações psicopatológicas vêm-se no direito de buscar as raízes desses afetos em funcionamentos cerebrais desordenados. Os ataques “espontâneos” de pânico tornam-se, deste modo, um afeto “mórbido”, patológico, uma espécie de manifestação excessiva e incontrolável de um mecanismo biológico inato de preparação para o perigo.

Deste modo, diante do risco evidente de conceber o afeto como inteiramente redutível à ordem da natureza, a função do trabalho metapsicológico passa, então, a ser a de propor modelos que possam articular o afeto aos processos psíquicos de figurabilidade e de simbolização – ou seja, sua relação fundamental com a linguagem e com o símbolo – tal como imposto pela experiência psicanalítica.

Contudo, mesmo quando da profunda reformulação da teoria da angústia⁷ esta concepção de uma invasão brutal da pulsão que não consegue encontrar uma rede representacional para acolhê-la não será negada, mas, sim, reafirmada no seu aspecto mais radical. Torna-se agora angústia-automática, manifestando-se na forma do terror, o afeto da situação traumática. A partir de então, o perigo do qual o aparelho psíquico procurará se afastar é o de ficar desamparado, diante de um afluxo incontrolável da excitação sexual, pois esta será vivida como angústia.

⁵ Referência eletrônica (CR-ROM), Freud em Conferência Introdutória sobre Psicanálise (1917)

⁶ Idem

⁷ “Inibição, sintoma e angústia” (1926), in Referência eletrônica (CD-ROM), op. Cit.

Assim, a teoria freudiana da neurose de angústia, de 1895, para dar conta dos estados extremos de angústia, já destacava a problemática desta situação subjetiva em que o aparelho psíquico se encontra desamparado frente à emergência incontrollável da vida pulsional. Mais tarde, as questões serão esclarecidas pela teoria: o estado psíquico de impossibilidade de controle sobre a própria pulsão será chamado de “desamparo”; o afeto que lhe é próprio: é o terror. O pânico, por sua vez receberá uma determinação específica em relação ao terror”⁸.

Dentro do quadro da neurose de angústia, o problema psicopatológico dos acessos de angústia emergirá de modo explícito. Assim, na proposição de Freud, os acessos de angústia adquirem um estatuto clínico particular em relação aos estados ansiosos crônicos e flutuantes geralmente observados nesta nova entidade clínica.

O acesso de angústia inscreve-se na teoria freudiana da angústia como um sintoma com características psicopatológicas próprias, não diretamente assimiláveis às outras manifestações de angústia. Desde seus primeiros escritos a respeito da neurose de angústia, o acesso de angústia foi considerado como uma das duas formas fundamentais da manifestação clínica da angústia, sendo a outra um estado crônico menos intenso.

Freud (1893)⁹ propõe que o acesso de angústia e os sintomas ansiosos mais crônicos constituem-se como formas distintas de apresentação clínica da neurose de angústia, embora ambas mantenham uma relação muito estreita entre si: a neurose de angústia pode manifestar-se sob duas formas: no estado crônico e por acesso de angústia. As duas formas estão freqüentemente combinadas e a crise de angústia nunca aparece fora de um sintoma permanente.

De acordo com Pereira (2003), Freud parece considerar que os aspectos essenciais que conferem um estatuto particular aos acessos de angústia são sua intensidade brutal e o fato deles não serem acompanhados, por representações, via de regra, eventualmente capazes de lhes conferir um sentido, o que amplifica seu aspecto aterrorizante, uma vez que parecem inexplicáveis aos olhos do indivíduo por eles acometido. O caráter excessivamente aflitivo deste estado impõe que tal afeto seja rapidamente ligado à rede das representações, às vezes, às mais imediatamente disponíveis, de modo a limitar seu aspecto absurdo e inapreensível.

⁸ Texto de 1921, denominado “Psicologia das massas e análise do Eu”, in Referência Eletrônica (CD-ROM), op. Cit.

⁹ Manuscrito “B”, in Referência Eletrônica (CD-ROM), op. Cit.

Deste ponto de vista unicamente morfológico, a semelhança entre a descrição freudiana dos acessos de angústia e as mais modernas, dos ataques de pânico, operacionalmente delimitados pelo discurso psiquiátrico, é marcante.

É a partir desta perspectiva que Freud explicará a instalação tão freqüente da agorafobia nesses pacientes. Esta corresponderia à associação que o sujeito estabelece entre os ataques e a situação ou lugar concreto em que aconteceram. O lugar passa a ser evitado na tentativa de prevenir novos ataques. Assim sendo, a agorafobia corresponde a um esforço direto para evitar a repetição dos ataques. Na Conferência XXXIII¹⁰, Freud explica essa maneira de considerar a agorafobia do seguinte modo:

O agorafóbico, por exemplo, começa a história de seus sofrimentos por um acesso de angústia na rua. Este se repetiria a cada vez que voltasse à rua. Então, cria o sintoma da agorafobia, que pode também se chamar de inibição, uma limitação da função do eu, e poupa-se do acesso de angústia (Freud, 1932).

Vê-se, assim, que Freud¹¹ concebe a agorafobia, antes de mais nada, como sendo um esforço realizado pelo paciente no intuito de não mais ser acometido por ataques de angústia em circunstâncias não-familiares, nas quais não teria certeza de conseguir encontrar ajuda. O autor salienta, ainda, o aspecto profundamente regressivo que isto implica e o intenso benefício secundário ligado à agorafobia.

Por enquanto, basta assinalar que esta relação – atualmente muito estudada pela psiquiatria moderna – foi levantada e até mesmo teorizada por Freud, já nos seus primeiros textos a respeito da neurose de angústia.

Pode-se constatar que, do ponto de vista morfológico ou mesmo explicativo, a descrição freudiana dos acessos de angústia, observados na neurose de angústia, está muito próxima da que foi operacionalmente estabelecida hoje em dia para o transtorno de pânico.

Muitas vezes nas descrições freudianas de ataques de angústia, o desencadeamento dos acessos é relacionado a acontecimentos de separação brutal de seres muito próximos ou de perturbações em situações que até então representavam segurança e proteção para o sujeito.

A pesquisa empírica psiquiátrica também já sugeriu que tais eventos são encontrados com muita freqüência na história clínica dos pacientes apresentando

¹⁰ Publicada em 1932, in Referência Eletrônica (CD-ROM), op. Cit.

¹¹ Conferência XXXIII, Publicada em 1932, idem

crises de angústia, o começo dos sintomas ocorrendo associado à perda de alguém afetivamente muito importante, alguém cuja própria presença representava uma espécie de proteção contra os perigos do mundo.

As situações de choque, mais profundamente se tratam de situações em que o indivíduo perde a proteção que até então lhe permitia manter uma relação entre suas pulsões e a sua ancoragem representacional em nível psíquico. Para seu desespero, o sujeito descobre subitamente o substrato de radical falta de garantias sobre o qual sua vida psíquica e toda a sua existência se desenvolvem. Assim, o acesso de angústia refere-se essencialmente aos momentos de malogro da organização simbólica do seu mundo, dando origem a sentimentos de profundo desespero.

O aspecto essencialmente contingente da perda do “protetor” no desencadeamento dos ataques, mesmo que esta seja freqüente na história destes pacientes, confirma-se na análise de muitos outros casos freudianos em que os ataques de angústia são elementos fenomenologicamente centrais. Nesse sentido, Pereira (1999, p. 39) propõe que:

“[...] no pânico, é antes o morrer do que a morte, o que se constitui em problema. O pânico constitui a marca e a prova de que o aparelho psíquico descobriu a sua precariedade fundamental enquanto tal. Através do ataque de pânico, o sujeito busca, de alguma forma, tornar apreensível no plano psíquico a experiência inominável do desamparo. As experiências repetidas do “estar morrendo” que se instalam no pânico parecem constituir uma tentativa de obter um certo domínio sobre o que escapa às possibilidades de simbolização e que é vivenciado sob o nome geral de “morte”. Ter ataques repetidos de pânico constitui uma tentativa, por assim dizer, de esvarizar a morte do seu conteúdo incognoscível, por meio de uma atualização-antecipação do momento da entrada nesse estado de desvalia; trata-se de um esforço por “tocar” o impossível, aquilo que escapa sempre e necessariamente ao psíquico, isto é, um esforço de controlar o momento de abandono por parte do outro suposto protetor e fiador do mundo”.

No entendimento de Pereira (2003), essa evocação, embora sucinta, da teorização pioneira dos acessos de angústia por Freud torna evidente o papel central que este desempenhou, no plano descritivo, nesse movimento da nosografia psiquiátrica que desembocará, no fim do século XX, na constituição da categoria de transtorno de pânico.

Entende-se que após Freud, toda uma linha de psiquiatria se desenvolveu, mais particularmente nos Estados Unidos, buscando estabelecer uma determinação

especificamente médica da angústia, apesar da dificuldade metodológica para fazê-la caber inteiramente neste registro. A evolução das concepções médicas a respeito da angústia terá seu epílogo moderno com a constituição da categoria de transtorno de pânico, que constituirá uma espécie de paradigma das concepções empírico-pragmáticas que, hoje em dia, dominam a psiquiatria.

CAPITULO 2 – TEORIAS QUE FUNDAMENTAM OS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA SÍNDROME DO PÂNICO

Sob o ponto de vista médico, o Transtorno de Pânico foi descrito tal como hoje se entende, pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais (DSM III) da Associação Americana de Psiquiatria, em 1980. Compreende uma série de manifestações somáticas autonômicas e psicológicas. As investigações do substrato neurobiológico dessa síndrome já fornecem algumas bases para teorias fisiopatológicas. As pesquisas indicam que as porções cerebrais mais intimamente ligadas ao medo, à ansiedade e ao pânico são os chamados sistema cerebral inibitório e cerebral aversivo. Com base nas investigações desses sistemas, foram propostas duas hipóteses patogênicas centrais do Transtorno do Pânico:

- a) A hiperatividade noradrenérgica na base do processo patológico;
- b) A hipersensibilidade dos receptores de serotonina.

Ao que tudo indica, as atuais pesquisas biológicas envolvendo o Transtorno do Pânico caminham no sentido de apontar uma ou várias alterações cerebrais, seja a nível bioquímico de neurotransmissores, seja a nível de receptores ou de funcionamento mais global de sistemas cerebrais.

Na prática médica diária, a do clínico geral, a ansiedade aparece com toda a riqueza de suas manifestações. Mas, de acordo com Rojas (1997), “a ansiedade é sempre um estado de alerta do organismo que produz um sentimento indefinido de insegurança” (p. 36). Por isso, a ameaça se situa em dois planos imediatos: o físico e o psíquico.

Ainda segundo Rojas (idem), para explicar como a ansiedade se produz é necessário distinguir diferentes espécies de ansiedade: a *ansiedade exógena*, *endógena* e *angústia existencial*. Em se tratando desta última, o autor afirma, de saída, que a *angústia existencial* não é patológica. Todo ser humano a possui, apenas pelo fato de existir. É aquela que provém da inquietude da vida e que se põe frente a frente com o destino do sujeito, com a morte e com o que há mais além.

Percebe-se aqui que o autor recorre à filosofia existencialista analisada por Kierkegaard, Heidegger, Jean-Paul Sartre, etc... Essa corrente de pensamento é conhecida como *filosofia da crise*, pois estuda o homem de preferência justamente no momento de atravessar uma situação limite, que, por vezes, propõe Rojas (idem), pode vir a ser benéfica ou desembocar na ansiedade patológica.

A ansiedade exógena, todavia, não seria propriamente ansiedade. “É o estado de ameaça inquietante produzido por estímulos externos de condições muito variadas: conflitos agudos, súbitos, inesperados; situações de tensão emocional; crise de identidade pessoal e problemas do meio ambiente” (Rojas, 1997, p. 37).

A ansiedade endógena seria a ansiedade propriamente dita. Ela provém dos sentimentos vitais, nos quais o somático e o psíquico confluem como uma costura entre a alma e o corpo. Ela é produzida pelo organismo, fruto de um transtorno psicofisiológico de estruturas cerebrais implicadas na regulação da vida emocional. Refere-se a uma série de estruturas nervosas, entre as quais se destaca principalmente o sistema límbico; o córtex cerebral, um sistema de interrelações que se estabelecem entre os dois, anteriores, aos quais se devem somar uma série de sistemas de ativação, da endocrinologia e o sistema nervoso vegetativo. Essa série de conexões funcionais é a responsável pelas diferentes versões da ansiedade, mas sempre com um núcleo comum: “emoção que se experimenta como ameaça (física e psíquica) e que provoca uma reação de alerta” (Rojas, idem, p. 38).

Rojas (ibidem) propõe a existência de um centro cerebral que funciona como um centro de alarme, responsável por esse espectro de fenômenos intercolados entre o medo e a ansiedade, e conclui, afirmando que, atualmente, o tratamento da ansiedade alcança um êxito enorme e os medicamentos disponíveis freiam, regulam e normalizam as alterações produzidas nessas áreas do cérebro.

Em contrapartida, Trinca (1992) descreve a personalidade fóbica como dominada por uma fragilidade básica que, diante de algo difícil ou negativo, a solução entra num beco sem saída. Este autor observa a personalidade fóbica com base no vértice do continente primário, tendo por fundamento as noções psicanalistas de continente e contido e de *rêverie*, formuladas por Bion (1966 e 1972). Segundo Trinca (1992) uma relação primária “é estabelecida desde os primórdios da vida psíquica, seja com os objetos, seja entre as partes do *self* em organização e com o *self* como um todo” (p. 52).

Além destes pressupostos teóricos, Trinca (idem) propõe uma estreita relação à personalidade fóbica assentada em bases que lançam raízes na identidade que, em cada pessoa, está na dependência do sucesso da instauração precoce de uma matriz de confiança básica, organizadora de experiências e estruturadora de coordenadas internas. Ao longo do crescimento, essa matriz responderia pela formação de um centro de sustentação na personalidade, o qual advém de relações sumamente preciosas para o desenvolvimento e a integração da pessoa. Para Trinca (ibidem) “há uma espécie de coluna vertebral psíquica” sobre a qual cada um se firma. A personalidade fóbica, porém, possui a peculiaridade de por em xeque seu centro de sustentação interna, “que dá consistência ao ser” (p. 53). Nesse contexto, ataques de pânico ocasionais, bem como sua intensificação, seriam comuns.

Laplanche (1993) propõe uma relação entre a angústia ante um perigo real e a angústia automática à condição de desamparo psíquico vivida pelo indivíduo enquanto lactente, que poderia ser responsável por deflagrar e atualizar essa experiência na idade adulta. Entende-se que, como fenômeno automático e como sinal de alarme, a angústia deve ser considerada como um produto do seu estado de desamparo psíquico do lactente, que é, evidentemente, a contrapartida do seu estado de desamparo biológico. Assim, a angústia seria uma resposta espontânea do organismo a essa situação traumática ou à sua reprodução.

Sendo assim, pode-se deduzir que o sentimento de pânico vivido na idade adulta é decorrente de um processo psiconeurótico e não atual. Segundo a idéia de Laplanche (idem) o “pânico”, necessita da pesquisa de causas além de sua função. Diante de uma angústia, seja qual for sua motivação, que se desenvolve em pânico, há todas as razões para procurar no inconsciente algo que tenha feito eco a esse pânico e que o motivou. Assim, toda angústia real, desde que se desenvolva, tem como suporte uma angústia neurótica.

Winnicott (1983), apresenta uma teoria sobre o pânico relacionando-o também às neuroses traumáticas e ao desamparo psíquico primário, que denominou medo do colapso. Segundo esse autor, o medo do colapso na vida adulta, seria na verdade o medo do colapso que já foi experienciado, quando o lactente ainda encontrava-se em uma condição de dependência absoluta de provisões ambientais (físicas e emocionais). Para este psicanalista inglês, esta dependência existiria, uma vez que o lactente não teria desde o princípio um aparelho psíquico desenvolvido o

bastante, nem organização egóica suficiente para perceber e representar suas necessidades e experiências.

Devido ao fracasso ambiental em suprir as necessidades afetivas do lactente no início de sua existência, este estaria sujeito à experiências oriundas de sua condição de desamparo psíquico primário, durante a organização de seu EU (self), (e não do ego), o que proporcionaria marcas traumáticas não representadas. O ego, que se organizaria a partir da organização de um EU (self), iniciaria sua formação à partir de defesas (primitivas), para evitar a desintegração psíquica. Em função dessas defesas, uma organização egóica poderia se constituir. Porém, esta seria deturpada, em termos de estruturação, desde o início de sua formação.

Para Winnicott (idem) o colapso não se refere a uma psicose nem a uma desorganização egóica, pois ao contrário, existiria uma organização egóica e defensiva, contra o fracasso ambiental primário, que geralmente foi bem sucedida. Mas teria-se aí uma situação paradoxal: ao mesmo tempo que esta organização defensiva contra marcas traumáticas proporcionariam um desenvolvimento egóico, seriam exatamente essas defesas que dariam o caráter de “síndrome de doença”.

O “colapso” foi descrito por Winnicott (ibidem) como um impensável estado de coisas subjacentes à organização defensiva e também como o fracasso de uma organização defensiva. O colapso conteria dois momentos: um primeiro, quando aconteceria uma experiência traumática primitiva, um impensável estado de coisas proporcionada pelas falhas ambientais, quando o lactente organizaria defesas contra essa experiência; e um segundo, que aconteceria na idade adulta, quando haveria o fracasso dessa organização defensiva, que evocaria esse estado inimaginável.

Segundo Winnicott (ibidem), o paciente adulto não poderia lembrar a origem desta experiência atual, mas a única maneira de lembrar, neste caso, é o paciente experimentar esta coisa passada pela primeira vez no presente para poder então representá-la. Desta forma, o colapso seria ao mesmo tempo temido porque teria sido experimentado como avassalador, e buscado no futuro porque esta seria uma forma de representá-lo, compreendê-lo e elaborá-lo.

Sob um prisma semelhante, o psiquiatra e analista existencial suíço Ludwig Binswanger *apud* Pereira (2003, p. 232) concentra-se em sua trajetória na descrição do mundo do paciente, buscando situar a história interior de sua vida, que não deve ser confundida, em nenhuma hipótese, com a história exterior. Para Binswanger *apud* Pereira (idem), o pânico não se confunde com a própria queda no abismo, mas

sim com a marca incontestável do reconhecimento do abismo e do perigo mortal que este representa: foge-se dele, uma vez que é percebido como abismo de terror. A imagem do abismo remete à condição de desabamento do mundo. No pânico, a dimensão de fuga desatinada já é uma tentativa de “fazer alguma coisa” para evitar o desabamento anunciado. Nesse sentido, há um esforço para tornar-se senhor da situação: “O pânico ainda não é a loucura e constitui-se mesmo como um anteparo contra ela”.

Em 1980 e 1981 Klein (apud Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004) formulou uma nova teoria da ansiedade patológica baseada em diferenças qualitativas. Por um lado definiu um tipo de ansiedade manifestada por ataques de pânico caracteristicamente espontâneos, com sintomas físicos predominantes. A causa deste tipo de ansiedade era uma alteração biológica. Por outro lado, a ansiedade antecipatória crônica, tinha uma causa psicológica e foi encarada com um tipo de resposta ansiosa a estímulos específicos. Klein (idem) desenvolveu uma teoria com quatro estágios. No primeiro, postulava a existência de um fator predisponente que consistiria numa história de separação de estímulos sociais e afetivos na infância. O segundo, postulava que esta separação iria estimular o aparecimento de um mecanismo de alarme inato. Este mecanismo de alarme biológico estaria então controlado num baixo limiar de segurança, razão pela qual tornava-se facilmente permeável a determinados estímulos e ao aparecimento de crises de pânico espontâneas, isto é, sem precipitante identificado. No terceiro estágio, os ataques de pânico levariam ao aparecimento de ansiedade antecipatória, ao evitamento de situações relacionadas com os ataques de pânico e à agorafobia (que poderia não ocorrer). No quarto e último estágio, devido à ansiedade antecipatória, pode generalizar-se o evitamento a múltiplos estímulos fóbicos.

Há também a teoria do falso alarme de Barlow (1988, apud Gouveia, Carvalho & Fonseca, idem) que postula a existência de uma vulnerabilidade biológica e psicológica nos indivíduos que desenvolvem a perturbação de pânico. Para o autor, o pânico é a emoção básica de medo, que é uma reação de alarme aguda à percepção de um perigo iminente, embora no pânico não esteja presente um perigo. Por essa razão, o pânico seria um falso alarme. A crise de pânico inicial ocorreria tipicamente seguida de um período de estresse nos indivíduos com estas vulnerabilidades. Um falso alarme inicial pode ser seguido de ativação e atenção autofocada, centrada na possibilidade de experimentar novas crises de pânico.

Neste contexto, estímulos somáticos e cognitivos podem ficar associados com a experiência de falso alarme (condicionamento interoceptivo) de modo que essas sensações fisiológicas despertem uma crise de pânico (alarmes aprendidos). A apreensão ansiosa e a sensibilidade interoceptiva podem contribuir para que o indivíduo evite as atividades ou situações que ficaram associadas a essas sensações ou cognições.

Constata-se que Barlow (*idem*) *apud* (Gouveia, Carvalho & Fonseca, *ibidem*) procura associar aspectos das teorias biológicas, cognitivas de condicionamento e da emoção num modelo integrador. No entanto, segundo Matheus (1990, *apud* Gouveia, Carvalho e Fonseca, *ibidem*) a teoria tem sido criticada pela distinção entre ansiedade e pânico como fenômenos diferentes, por ser pouco parcimoniosa e por não ter um maior poder explicativo que os modelos biológicos.

Roger Baker (2000) afirma que há duas causas para o pânico:

- A causa subjacente original para os primeiros ataques de pânico;
- Após os primeiros pânicos, o medo de mais ataques de pânico.

Segundo Baker (*idem*, p. 80), os ataques de pânico estão relacionados aos acontecimentos da vida da vítima, e é importante que se faça uma análise dos fatos para que se chegue a uma compreensão. Porém, de um modo geral, as pessoas lançam mão de um enquadre temporal errado, pois recorrem a contextos vivenciados recentemente ao ataque: “Elas deveriam estar procurando nos fatos de um até nove meses atrás”.

Para aquele autor há uma espécie de cordão invisível ligando os ataques de pânico com os acontecimentos marcantes na vida da pessoa. Esta pode ignorar totalmente a ligação “[...] todavia, a ligação existe”. (p. 79)

No que diz respeito à segunda causa, Baker (*ibidem*) afirma que o temor de certos sentimentos ou pensamentos aumenta o grau de ansiedade e leva ao estabelecimento do círculo vicioso do pânico, onde o medo do ataque pode gerar novos ataques. Com base nesta teoria é que o autor considera, como fator fundamental, a desmistificação deste transtorno.

Acreditando na aplicabilidade da assustadora frase “destruído pela falta de conhecimento” aos ataques de pânico, Baker (*ibidem*) escreveu Ataques de Pânico e

Medo, visando proporcionar algumas respostas àqueles que vivenciam essas experiências confusas e perturbadoras.

Depois de trabalhar por diversos anos com vítimas de pânico – acrescente-se aqui mais os cinco anos da elaboração do livro citado – ironicamente, o conteúdo alcança o autor. Baker (ibidem), pela primeira vez em sua vida, experienciou pânico e distúrbios de ansiedade que lhe custou nove meses para superar.

De outra forma, segundo Bernick e Rangé (2001), as causas dos ataques de pânico estão relacionadas, principalmente, a fatores ambientais/históricos (acontecimentos ao longo da vida) e sócio-culturais. Os fatores filogenéticos não explicam os acontecimentos, visto que as reações do sistema nervoso simpático, que surgiriam, geralmente, diante de perigos reais, aparecem em situações que não existe perigo. Assim, compreender a história de vida daquele que tem o transtorno do pânico é fundamental para o seu tratamento. Normalmente, segundo esses autores, as pessoas que sofrem de ataque do pânico costumam apresentar muitos aspectos em comum:

- são pessoas extremamente produtivas no nível profissional;
- costumam assumir uma carga excessiva de responsabilidades e afazeres;
- são muito exigentes consigo mesmas e não convivem bem com erros ou imprevistos;
- são perfeccionistas com excessiva necessidade de estar no controle e de ter a aprovação dos outros;
- têm tendência a se preocupar demais com os problemas do dia a dia;
- possuem alto nível de criatividade;
- possuem auto-expectativas extremamente altas e tem fortes regras;
- não sabem diferenciar seus sentimentos; e
- tem uma grande tendência a não perceber suas necessidades físicas.

Outras características que têm sido observadas naqueles que desenvolveram o transtorno são a privação afetiva, a dependência emocional e a passividade nas relações interpessoais.

Abordando o transtorno de pânico sob o enfoque das relações familiares insere-se uma concepção de conjunto, de sistema, onde o indivíduo deixa de ser tratado como o “continente” da patologia. Nessa perspectiva o foco passa a ser o

contexto relacional e suas contribuições no processo do adoecer. O ser doente ou membro sintomático é considerado apenas um representante circunstancial de alguma disfunção do sistema familiar. A avaliação do sintoma desloca-se para o campo das interações e das finalidades que uma determinada disfunção cumpre no sistema familiar. A estrutura interna individual, considerada isoladamente, passa a ser irrelevante e a investigação volta-se para o contexto das relações familiares.

A ótica sistêmica contextualiza o sintoma, permitindo uma leitura mais ampla das relações interpessoais. Introduz a idéia de que o comportamento humano é interativo e que os problemas podem ser melhor tratados ajudando-se as pessoas a mudar a maneira na qual interagem (Nichols & Schwatz, 1998). Neste contexto, a família é considerada como unidade básica da doença e da saúde.

A dificuldade da família em se adequar a novas circunstâncias pode gerar problemas disfuncionais. Os padrões de relacionamento são, em algumas famílias, tão rígidos que não permitem a flexibilidade adaptativa. Segundo Minuchin (1982), quando surge um desequilíbrio, o sistema é perturbado e seus membros são acionados para que o equilíbrio seja mantido.

Ainda no âmbito familiar, Caetano (1987) ressalta que pessoas com transtorno de pânico têm, como característica comum, um sentimento de distância entre elas e os demais membros da família.

Stones e Perry (1997) levantaram algumas informações significativas de pessoas que tinham pânico, as quais foram caracterizadas possuírem em sua maioria pais manipuladores. Já para Hibert (1984), a diminuição da resistência física ou emocional, em decorrência de pequenos transtornos do cotidiano funciona como um gatilho para o surgimento dos ataques de pânico (apud Ribeiro e Freitas, 2003).

A título de maior informação, segundo Gentil & Lotufo-Neto (1994), pesquisas foram realizadas e mostraram que, no Brasil, os transtornos ansiosos são os que mais apresentam demanda potencial para os serviços de saúde, estando Brasília em primeiro lugar (17,6% da população para transtornos ansiosos incluindo transtorno do pânico), em segundo, São Paulo (10,6%, idem), e em terceiro, Porto Alegre (9,6% idem). Como referido, os transtornos ansiosos são responsáveis por parte significativa dos atendimentos e gastos de serviços de saúde, representando, por isso, importante problema médico-social. Fatos mostram que as pessoas acometidas por transtornos ansiosos – a maioria – não são diagnosticadas de forma correta e não procuram diretamente os especialistas, mas, sim, os serviços primários de

saúde. Entre os transtornos de ansiedade, o transtorno do pânico parece ser o responsável pelo maior número de casos atendidos nos ambulatórios de saúde.

CAPÍTULO 3 – A EXPERIÊNCIA SUBJETIVA DO PÂNICO

A experiência do pânico, representada como um ataque (histérico, epiléptico, de febre) se encaixa perfeitamente no paradigma médico. As mais respeitadas revistas científicas propõem diversas tabelas com 10 a 12 sintomas: os mais freqüentes, os mais raros, os mais típicos. O Manual de Diagnóstico e Estatísticas (DSM) rechaça toda dúvida ou aura de incerteza. Fármacos e psicoterapias parecem prometer um futuro radiante.

Mas tudo isso é suficiente para abarcar uma compreensão desta vivência ? Recorrer à exclusiva dimensão clínica para dar nome e origem a esse fenômeno é o bastante? De acordo com Maldonato (2005), psiquiatra e professor de psicopatologia da Universidade de Nápolis, é lícito duvidar. Segundo o autor, a experiência do pânico não vem de fora, mas do “núcleo mais profundo da pessoa” (p. 52).

Pânico, portanto, como situação-limite, é uma vivência perturbadora; abismo sem fim, pura vertigem, irrupção do absurdo, numa existência aprisionada nos limites do próprio em si, na iminente ameaça da própria aniquilação. Pânico, como encontro com o limite, no qual o espaço existencial é dramaticamente restrito. O paciente se sente esmagado, sufocado como dentro de um túnel, um ônibus abarrotado de gente, uma situação de desorientação na multidão. Há um fechamento repentino do horizonte, daquela experiência radicalmente humana que normalmente denomina-se “horizonte”.

Tudo isso é muito mais que uma emoção. Na verdade, seria um erro reduzir o pânico a uma somatória de emoções explicáveis e classificáveis. O essencial escaparia. Esse absurdo do pânico desorganiza a representação de mundo do sujeito, subverte a ilusão de estabilidade que se havia derivado de lá, impelindo-o à mercê do *fundo profundo* que o pânico fez emergir. Assim, a pessoa vislumbra sua própria incompletude, a precariedade, o risco: aspectos desconcertantes, todos eles, e que, terá de reconhecer como elementos já não provisórios, mas constitutivos de seu singular existir.

Trinca (1992) refere-se ao pânico como sendo estado mental de caos, no qual a própria pessoa se sente um caos, em grande desestruturação interna. As noções fundamentais da realidade primeiro se afrouxam, depois tendem a desaparecer.

Sobrevém a irrealidade, tanto dos objetos externos, quanto dos internos. Há inexistência momentânea de tempo, espaço e identidade. Tudo se mescla, se funde, se torna movediço e se volatiza. Há dispersão interna e a mente pode afundar-se numa verdadeira catástrofe. Parece que o universo inteiro vai ruir, nada ficará no devido lugar, não há ordem nas coisas, o mundo ao redor se torna frio e estranho e, sendo noite, não irá amanhecer.

Trinca (idem) afirma que não há ninguém com quem se possa comunicar. Não há eco, ressonância. Só há vácuo e abismo. Vácuo e abismo do ser incomunicável consigo mesmo. Há paralisação da mente que busca desesperadamente o outro para que, através deste, recobre o existir. O que resta do funcionamento mental gira ao redor de um ponto de pavor: paralisação e morte. É uma sufocação que se avoluma até o ponto de impregnar toda a relação com a vida, uma imensa catástrofe; não se salvará disso – é a sensação de pavor –, não haverá socorro possível, não terá tempo de chegar ao hospital. Sem esperanças, tudo leva a uma grande morte. Uma grande morte-que-não-morre. Mas, no fundo do pânico, resta, sim, uma esperança: encontrar-se consigo mesmo, fixar-se no "eu sou este", que está tomado pela angústia de dissipação do *self*.

Ainda segundo Trinca (ibidem) o pânico equivale àquele momento que antecede a morte para uma consciência em vigília. Inerme, assiste à sua própria dissolução na inexistência. É um ponto culminante de aniquilamento por perdas de relações internas significativas e estruturantes, por rupturas no *self*, de modo que a pessoa se acha em face do perigo mortal de seu desaparecimento, sentido como avassalador e indefensável. É, também, o resultado de processos complexos, que se desencadeiam e se aguçam. Desse modo, entende o autor que o aspecto psíquico central para a ocorrência do pânico é que a pessoa se torne incomunicável consigo mesma, pendente, portanto, no vácuo e na paralisação – no fio da navalha da inexistência.

Relata Trinca (ibidem, p. 96) que estar incomunicável é, pois, a expressão da vivência de "não estar em contato real consigo, que se expressa como estando imersa sozinha no vácuo, na escuridão da noite, na amplidão das alturas, ou então, fechada em algo como, por exemplo, as entranhas de um horrível e enorme monstro".

A maioria das pacientes de Trinca (ibidem) mencionou uma tendência à diminuição da ocorrência de pânico quando estão acompanhadas por pessoas de

sua confiança, bem como um aumento dessa tendência quando desacompanhadas. A presença física do outro, muitas vezes, torna-se indicativa de parâmetros e noções a respeito da realidade externa. Outras vezes, principalmente, fornece ao outro, como num espelho, imagens delas mesmas que as auxiliam a resgatar contatos psíquicos.

Em suma, o fio que sustenta a personalidade fóbica é frágil e pode se romper. A energia emanada do centro vital facilmente se enfraquece e se dispersa. Se há luz, esta pode se apagar. O processo caminha para a dissipação do próprio centro. O grande ausente é precisamente o foco de vida que, animando o ser, dá substrato ao que ele é.

Por essa ausência, a pessoa cai num "buraco negro", onde imperam sensações de vácuo, de inexistência e de morte mental. Rompe-se o equilíbrio somatopsíquico, tornando-se impossível conceber qualquer ordem. A terra parece desviar-se de seu eixo, o sol não brilha mais e a vida inteira está prestes a se extinguir. Campeia o horror apocalíptico, a morte onipresente. Essas angústias e fantasias inconscientes, esse mundo mental opaco, abissal, carregado de violência e de partículas fragmentárias em desestruturação é o reflexo atual de estados primitivos da mente (Trinca, *ibidem*).

Nascimento (2001), após uma elaborada pesquisa, delineada numa abordagem qualitativa, e com base nos discursos dos sujeitos entrevistados, observou que as pessoas vítimas do transtorno de pânico, tornam-se escravas da crise e se apegam à tríade "necessidade do outro, medicação e Deus", até se libertarem para voltarem às suas atividades normais (p. 1071)

Quanto à "necessidade do outro", primeira dependência citada por outros autores, Nascimento (*idem*) acrescenta que a necessidade que os pacientes têm de estar juntos de outra pessoa os leva a viverem numa escravidão e a escravizar o outro. No quesito medicação, esta aparece como porto seguro, como amuleto ou solução do que fazer, na possibilidade dos sintomas recidivarem. Finalmente, por ser o transtorno de pânico uma patologia com sintomas subjetivos – já que não é evidenciado em exames, e por não ter uma explicação científica que responda às suas indagações – as pessoas buscam uma força em um ser superior, Deus, para continuarem a viver, reorganizando suas vidas familiar e social: "para Deus nada é impossível [...]". É relevante lembrar que numa religião são trabalhados o simbólico, o cântico nas orações e as celebrações, com a presença de Deus que salva, liberta

e conduz à vida nova, como no Salmo 23: “O Senhor é meu pastor e nada me faltará, em verdes pastagens me faz repousar, para fontes tranqüilas me conduz e restaura minhas forças”, em que se visualiza a oração de confiança da pessoa em Deus.

A fenomenologia, como uma Filosofia de Experiência, busca muito antes do “porque”, o “como” e o “que”, com vistas a viabilizar uma abertura para outros significados. O subjetivismo, associado ao objetivismo, propõe caminhos para a compreensão, respeitando a complexidade do real e visando encontrar o sentido dentro do próprio fenômeno.

Com base na fenomenologia, todo indivíduo tem dentro de si um lado obscuro, não conhecido e nem aceito, que não foi bem desenvolvido e que permanece em estado de primitividade. Por isso torna-se ameaçador, e por ser ameaçador, tem-se medo dele e tenta-se negá-lo evitando o contato.

Uma abordagem dialógica entende a psicopatologia como um diálogo abortado: um resíduo de uma tentativa de “diálogo” que não obteve resposta. Os problemas precisam ser ouvidos, eles surgem em função do desequilíbrio de relações recíprocas. Segundo Richard Hycner (1995), uma forma de entender o comportamento patológico é vê-lo como um pedido desesperado de resposta ao mundo; é reconhecer o que está escondido “por trás” dele – ver a face da carência humana por trás da face da dor humana. “Por trás de cada medo está o desejo e por trás de cada ira está a dor” (p. 128).

Ainda segundo Hycner (idem), o problema do diagnóstico é que este contém as sementes da cura. É isso que precisa ser “ouvido” e integrado para que a existência dessa pessoa torne-se inteira. O problema pode ser visto como fazendo parte da existência *total* da pessoa e não como uma anomalia: “Precisamos enfatizar uma concepção dialética de desenvolvimento em que se reconheça que as pessoas se movem ‘para trás’ e ‘para frente’ no processo global de crescimento” (p.129).

Hycner (ibidem, p. 137) relata que diante de alguém sentado à sua frente, em terapia, considera o problema presente não apenas como uma questão isolada, mas como um distúrbio da existência inteira dessa pessoa.

Em nosso desenvolvimento aprendemos a ignorar as mensagens que nos são dadas, até porque essas mensagens nos são passadas muitas vezes em uma “linguagem” difícil de ser decifrada. De diversas maneiras, somos todos estrangeiros diante da linguagem de nosso corpo. Existe uma alienação inerente da qual todos nós sofremos.

Nesse sentido, a tarefa do terapeuta é decifrar essa linguagem e poder “traduzi-la” em uma linguagem compreensível ao cliente. Além disso, é tarefa do psicoterapeuta facilitar que essa voz seja ouvida dentro da vida do cliente.

CONCLUSÃO

A proliferação nos últimos anos, de artigos em jornais e revistas, programas de televisão e livros (acadêmicos ou não) promoveu um despertar para a gravidade e a possibilidade de tratamento dos distúrbios de ansiedade. A divulgação maciça pela mídia e o aumento na procura de tratamentos em consultórios médicos e psicológicos contribuíram para a construção da imagem de uma “nova doença” que vem sendo fonte de amplas discussões, produzindo diferentes posições entre os especialistas, psiquiatras e psicólogos, de tal forma que ficam evidentes as controvérsias quanto à compreensão do transtorno de pânico.

A singularidade do pânico vem se transformando numa área de intenso estudo e especulação. A ciência e as religiões, as artes e o folclore, a psicopatologia e a psicanálise descrevem, cada uma à sua maneira, a percepção sobre a doença. Todavia, estudos e pesquisas realizados até o momento, não esgotam o conhecimento de tal transtorno.

Embora o pânico tenha estado presente em toda a história da humanidade, somente a partir da década de 80 é que foi ele descrito como categoria psiquiátrica, passando a ser tratado como *Transtorno de Pânico*. Foi formalizado nos manuais de psiquiatria como um tipo de transtorno de ansiedade. Apesar de estar sendo estudado sistematicamente há aproximadamente três décadas, o pânico vem acometendo as pessoas ao longo dos séculos. Em 1884, Freud fez a primeira descrição sintomatológica dos ataques de pânico, denominando-os de ataques de ansiedade e classificando-os como neurose de angústia. Aproximadamente depois de um século, a Associação de Psiquiatria Americana incluiu os ataques de pânico no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, classificando-os como transtorno de pânico.

O transtorno de pânico tem como característica principal ataques recorrentes e inesperados de ansiedade grave (pânico), que não ocorrem exclusivamente em uma situação ou em circunstância determinada, e sim de forma imprevisível. É seguido por preocupação persistente acerca de um novo ataque e das possíveis implicações ou conseqüências dos ataques de pânico, ou ainda, por uma alteração comportamental significativa. Os ataques são acompanhados por, pelo menos, 4 dentre 13 sintomas somáticos ou cognitivos, os quais têm início súbito e evoluem

rapidamente, atingindo seu pico em aproximadamente 10 minutos. São acompanhados por sentimentos de perigo ou catástrofe iminente e por um anseio em livrar-se desses sentimentos.

As diferenças clínicas entre as reações de ansiedade aguda e transtorno de pânico estão nos fatores geradores dos distúrbios. Na primeira, agentes externos ameaçam, de forma clara e consistente, a vida do indivíduo. Já no transtorno de pânico, o que deflagra as crises de pânico, ou os fatores que ameaçam o indivíduo são, freqüentemente, internos (endógenos). Para ser considerado transtorno de pânico são necessários, pelo menos, dois ataques de pânico inesperados (espontâneo, não evocado) num período de um mês.

O que é perigoso para a maioria das pessoas é o que está “fora” delas, que pode feri-las ou matá-las. Para aqueles que sofrem de pânico, o que é perigoso está dentro deles – sentimentos e sensações. Quando sensações corporais assinalam um perigo, uma pessoa as procura o tempo todo (o foco interno) – rastreando o corpo, procurando os sinais de perigo. E, é claro, muitas vezes ao longo do dia serão vivenciadas tais mudanças corporais. Isto significa que a vítima de pânico pode estar avaliando perigos diversas vezes todos os dias e experienciando emoções de medo a cada vez. Isto é como viver em um tipo de eterno inferno de medo.

Os ataques de pânico podem ser desencadeados por diversos estímulos externos (um contexto onde a pessoa apresentou um ataque de pânico) ou internos (pensamentos imagens ou sensações corporais). São percebidos como ameaça resultando num estado de apreensão. Indivíduos com transtorno de pânico apresentam, invariavelmente, preocupações sobre as implicações ou conseqüências dos ataques. Há muito sofrimento envolvido no pânico; a vida de quem sofre pânicos gira em torno do pânico e do medo.

Em meio à complexa rede de fatores que constitui esse quadro patológico, encontram-se estudos que buscam a causalidade do transtorno de pânico, levantando hipóteses etiológicas divididas em fatores biológicos, genéticos e psicossociais. Outros, que atribuem às condições ambientais a responsabilidade pelo desenvolvimento dos sintomas do pânico. Porém, fica claro que nenhuma forma de tratamento é capaz, por si só, de solucionar os transtornos causados pelo pânico.

De fato, costuma-se observar uma interação entre os conflitos interpessoais e as doenças psiquiátricas. Os transtornos psiquiátricos podem reviver e ampliar os conflitos interpessoais existentes ou evocar novos conflitos, enquanto os conflitos

preexistentes podem desencadear o surgimento ou agravar o curso de doenças psiquiátricas. Contudo, permanecer no nível da consciencialidade do sintoma só pode levar ao erro de supor que o sintoma é um fenômeno da consciência e explicável nesse plano.

Para concluir, é importante ressaltar alguns desafios fundamentais que o estudo do fenômeno da angustia colocam para a psiquiatria contemporânea. Por um lado, deve-se considerar que a ênfase atual numa abordagem empírica e operacional dos estados ansiosos tem proporcionado progressos indiscutíveis sobretudo nos campos da neurobiologia, da epidemiologia e da psicofarmacologia da ansiedade. Entretanto, globalmente os resultados obtidos têm sido mais encorajadores a curto do que a longo prazo.

Por outro lado, se a operacionalização técnica dessa dimensão afetiva fundamental tem sido positiva quanto a seus resultados pragmáticos, ela comporta em si o risco de validar uma ideologização cientifizante da angustia humana, destituindo-a de suas relações com a história, com a cultura, com a subjetividade e, em última instância, com a condição de finitude da existência.

Entende-se, hoje, o transtorno de pânico como uma doença complexa e multideterminada, podendo ser constituída por diferentes fatores. Os resultados desses estudos levam a pensar que o transtorno de pânico está associado a condições multifatoriais e que a dinâmica familiar é apenas um dos fatores que contribui para o processo de adoecimento. Porém, acredita-se que inserir o contexto familiar na análise da doença, não só ampliará a visão dos pesquisadores, como também auxiliará a profilaxia deste transtorno.

O pânico se constitui como a última muralha erguida contra o risco de aniquilamento da organização psíquica. Ou seja, ele não é pura descarga, mas um ato psíquico pleno, porém desesperado; é uma forma psicopatológica de o sujeito fazer face à condição de desamparo radical de sua existência. O pânico não se refere a uma experiência absurda da qual não se deve esperar nenhum sentido, mas, ao contrário, instaura-se precisamente porque o sentido da iminência de uma catástrofe psíquica impõe uma fuga desesperada.

É preciso fazer com que a experiência do pânico não se torne uma coação estéril, mas algo que ajude o homem a dar vida a novas versões de si, a compreender a própria identidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANZIEU, Didier; FREUD, Sigmund, 1856-1939. **A auto-análise de Freud e a descoberta da psicanálise**, Porto Alegre : Artes Médicas, 1989;

BAKER, Roger. **Ataques de Pânico e Medo**, Petrópolis : Vozes, 2000;

BARLOW, David H.; CERNY, Jerome A.. **Tratamento Psicológico do Pânico**, Porto Alegre : Artes Médicas Sul, 1999;

BERNIK, M.; Range B. **Transtorno de Pânico e Agorafobia**. Em Range B. (Org.), **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais**. Porto Alegre: ArtMed Editora, 2001;

CAETANO, D. **Como Enfrentar o Pânico**, Campinas : Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1987;

GENTIL, Valentim; LOTUFO-NETO, Francisco (orgs.). **Pânico, Fobias e Obsessões – A experiência do Projeto AMBAN**, São Paulo : Editora USP, 1994;

GOUVEIA, José Pinto, CARVALHO, Serafim; FONSECA, Lígia. **Pânico – da compreensão ao tratamento**, Lisboa : Climepsi Editores, 2004;

HYCNER, Richard. **De pessoa a pessoa: psicoterapia dialógica**, São Paulo : Summus, 1995;

LAPLANCHE, Jean. **A angústia**, São Paulo : Martins Fontes, 1993;

LOPES, Vera Lúcia Dias; RIBEIRO, Maria Alexina; **Transtorno de Pânico e Dinâmica Familiar**, in RIBEIRO, M.A. & FREITAS, M.H. **Psicopatologia, processos de adoecimento e promoção de saúde**, Brasília-DF : Editora Universa, 2003

MALDONATO, Mauro. **Revista Viver – Mente e Cérebro**. À beira do Nada, ano XIII, n. 148, maio/2005, São Paulo : Dueto Editorial, 2005;

MINUCHIN, S. **Famílias – Funcionamento e Tratamento**, Porto Alegre : Artes Médicas, 1982;

NASCIMENTO, Maria Salete Silva Pontiere, A experiência Subjetiva do Transtorno do Pânico, in **Revista Estudos Vida e Saúde**, v. 28, n. 6, p. 1059-1072, nov/dez, Universidade Católica de Goiás : Goiânia-GO, 2001;

NICHOLS, M. P. & SCHWARTZ, R.C., **Terapia Familiar – Conceitos e Métodos**, Porto Alegre : Artes Médicas, 1998;

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. **Pânico e Desamparo**, São Paulo : Escuta, 1999;

_____. **Psicopatologia dos Ataques de Pânico**, 1. ed., São Paulo : Escuta, 2003;

ROJAS, Enrique. **A Ansiedade – Como superar o estresse, as fobias e as obsessões**, São Paulo : Mandarin, 1997;

SAVOIA, Mariângela Gentil. **Transtorno do pânico: desencadeantes psicossociais**, Santo André-SP : Esetec Editora, 2000;

TRINCA, Walter. **A personalidade fóbica**, Campinas-SP : Papirus, 1992;

WINNICOTT, D.W. (org.). Distúrbios Psiquiátricos e processos de maturação infantil, in **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**, Porto Alegre : Artes Médicas, 1983;

Consultas Eletrônicas:

- Obras Completas de Sigmund Freud, CD-ROM

- www.lsi.usp.br/~hdelnero/mestradolucia.html , acesso em 28 set. 2005